الثورة الثلاثاء 19 رمضان 1433 هـ - 7 أغسطس 2012م العدد (17430)

الحماية الاجتماعية من المرض

د.ابتسام الهويدي

التأمين الصحي الاجتماعي هو عبارة عن نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، لهذا فالتأمين الصحي هو الذي يكفل الحماية الاجتماعية من المرض. والمزايا والمنافع التأمينية التي يجب أن يقدمها التأمين الصحي في معظم تشريعات التأمينات الاجتماعية تشمل مزايا عينية ومزايا نقدية (تعويضات الأجر). والمزايا العينية تتمثل بالعناية الطبية المقدمة من قبل الأطباء العموم والمختصين، والفحوصات المعملية المختلفة، توفير الأدوية، الانتقال إلى المستشفيات و الرعاية الطبية كالعمليات الجراحية أو توفير الخدمات التأهيلية والأجهزة الصناعية.

إن مجال التغطية التأمينية لنظام التأمين الصحي الاجتماعي في معظم المجتمعات يتطابق في أغلب الأحوال مع مجال تغطية نظام التأمين الاجتماعي حتى ولو كان نظام التأمين الصحي مستقلاً مالياً وإدارياً عن نظام التأمين الاجتماعي، بل إنه في بعض الأنظمة تتسع مظلة الحماية التأمينية لنظام التأمين الصحي الاجتماعي ليشمل جميع أفراد المجتمع. وهنا نرى بأن القانون رقم (٩) لعام ٢٠١١م الخاص بالتأمين الصحي الاجتماعي لن يتطابق مع مجال تغطية نظام التأمين الاجتماعي الذي يتميز بضعف نطاق التغطية والذي يغطي أقل من ١٠٪ من القوى العاملة رغم مرور فترة طويلة نسبياً والتأمين الصحي الاجتماعي كما هو منصوص عليه في القانون سوف يتم تطبيقه بشكل تدريجي على القوى العاملة المنظمة في القطاعين العام والخاص مما يعني شمول فئة بسيطة من القوى العاملة المنظمة في القطاعين العام والخاص والمتقاعدين. هذا يعني أن مظلة الحماية الاجتماعية ضد خطر المرض محدودة حيث أن قانون التأمين الصحي لم ينص على شمول أي فئات أخرى داخل المجتمع وكأن القانون والذي يطلق عليه قانون التأمين الصحي الاجتماعي لا يمت إلى الحماية الاجتماعية بأية صلة حيث سيقتصر تطبيقه على من يستطيع دفع الاشتراكات.

وهنا يتم وضع تساؤل لمن وضعوا القانون هل يدركون أن التأمين الصحي الاجتماعي هو نظام تعاوني تكافلي بين شرائح المجتمع الهدف منه التضامن بين الأغنياء والفقراء والقادرين وغير القادرين والأصحاء والمرضى والشباب والمسنين في تحمل مخاطر المرض وتوزيع تكلفة المرض بين هذه الشرائح. وإذا لم يتم تضمين الفئات الضعيفة وغير القادرة ضمن قانون التأمين الصحي الاجتماعي بحيث يتم التطبيق بشكل تدريجي ومتواز للفئات القادرة وغير القادرة لن تكون هناك حماية اجتماعية ضد خطر المرض. ولن تفي الدولة بالتزاماتها المنصوص عليه في الدستور والذي التزمت فيه الدولة بتوفير الحماية الصحية للمواطنين وكذا تعهداتها ومصادقتها على الاتفاقيات والمعاهدات ذات الصلة بتوفير الحماية الصحية لجميع المواطنين.

لا نريد تأميناً صحياً مشوهاً

عبدالسلام عزالدين

× تناول أحد الزملاء المهتمين بالتأمينات في هذه الصفحة لموضوع التأمين الصحي، كنت وما زلت أتمنى عليه أن تكون تناولته ذات طابع فني وتحليلي في إطار رؤية حادة مدروسة لما يجب أن يكون عليه حال وشكل نظام التأمين الصحي، بعبارة أكثر دقة الوقوف أمام آخر ما أنجزه وتوصل إليه العالم من جديد وحديث ومطور في هذا المجال الحيوي الهام بغية الاستفادة المثلى من تجارب الآخرين، لكني لم أجد أي مبرر لدعوته الجهات والموظفين والعمال التفاعل مع نظام على قدر كبير وواضح من القصور وقانون لم يولد مشوها فحسب بل ميتا لا حياة ولا حراك فيه على حد تعبير أحد الأصدقاء المتخصصين الخبراء.

× أتفق معه بأهمية التأمين الصحي الشامل ولكن لكل العاملين في منشآت القطاع الخاص وللموظفين في القطاعين العام والمختلط وللمنتسبين إلى القوات المسلحة وأجهزة الأمن المختلفة من أفراد وصف وضباط ولأولادهم وأسرهم وللمتقاعدين وأسر الشهداء والمتوفين وعموم المواطنين من مختلف الفئات والشرائح الاجتماعية ولن يعمل والعاطل عن العمل دون استثناء كحق مكفول للمواطن على الدولة دستوريا وقانونيا وأخلاقيا.

× نريده تأمينا صحياً يشتمل على التطبيب الراقي من قبل اختصاصيين من ذوي المؤهلات الطبية العالية والخبرات المجربة في كافة المجالات الطبية تطال الأمراض البسيطة على اختلافها والأمراض المستعصية والخطرة كحالات السرطان وأمراض الدم والقلب والفشل الكلوي والكبد ونحوها من الأمراض الفتاكة.

× نرغبه تأمينا حقيقياً يهتم بكل المرضى دون السؤال عنهم ومن أين ونتمناها خدمات نوعية تبدأ من الاستقبال للمريض مرورا بالخدمات الصحية المساعدة وانتهاء بسهولة وبساطة إجراءات إجراء العمليات الجراحية الكبرى والمتوسطة قبل الصغيرة منها.

× نبتغيه تطبيبا في الداخل والخارج وعلى كل مستويات الأمراض وفحوصات مخبرية وأجهزة كشف حديثة ومتطورة يديرها أطباء بتخصصات عالية بوسعهم تشخيص الأمراض تشخيصا صحيحا وسليما وبالتالي يتولى الطبيب المعالج تحديد وصفة العلاج الفعال دون الالتفات لعمولات الصيدلات وشركات استيراد الأدوية والعقاقير الطبية.

× نتمناه تأمينا يغطي أولويات الاهتمام بمطابة وعلاج العمال والموظفين البسطاء وأفراد أسرهم قبل فئة المدراء والمسئولين ونريده تأمينا بتجهيزات طبية متطورة يغطي الأرياف قبل الحضر من المدن يديره ويشرف عليه أفراد بمواصفات وخصائص إنسانية بالغة النبل.

× ذلك بعض مما أردته وزملائي وفكرنا فيه وحلمنا به منذ إعادة تحقيق وحدة الوطن في عام ١٩٩٠م وما زلنا نؤمن يقينا بهكذا أفكار ونعض عليها بالنواجذ ومعنا الكثير من إخواننا العمال والموظفين والنقابيين والبسطاء من جماهير الشعب وفئاته المستهدفة بمشروع كهذا.

× فيما هو المشروع القائم الذي يدعو إليه صاحبنا لم يكن مبنياً على دراسة جدوى اقتصادية واضحة ومحددة ومعلنة حتى يتم على أساس منها تحديد الاشتراكات على كل من العامل وصاحب العمل أو الموظف والدولة فيما هو القانون الذي يعلم يقينا صاحبنا كيف تم إعداده لم يكن هو الآخر بقواعد بمرجعية اكتوارية أو حتى بدراسة منهجية ولم يعرض أو يناقش بصورة كافية مع مختلف ممثلي العمال والموظفين وأصحاب الأعمال والتكوينات ومنظمات المجتمع المدني المعنيين بالأمر واقتصر التشاور بشأنه مع جهات غير مختصة كما يتردد بين أوساط العمال والنقابيين.

× المشروع كان قد حدد جزافا نسبة الاشتراك الشهري بما نسبته ١١٪ موزعة على صاحب العمل أو الدولة = ٦٪ والعامل أو الموظف = ٥٪ من راتبه بصورة شهرية منتظمة.

× تصور أن التطبيب والعلاج اقتصر على الداخل أي في إطار المستشفيات الحكومية التي لا حياة فيها.

× لهذا وغيره كنت أتمنى من الكاتب عدم التهيئة لمشروع من هذا النوع لافتقاده إلى أبسط المقومات السليمة وبحدها الأدنى لتأمين صحي حقيقي وجاد.

شذرات

عاجل لدولة رئيس حكومة الوفاق «٢»

■،،، تأكيداً هناك جملة من الأسباب الموضوعية والذاتية لارجاء تطبيق قانون الصحي الاجتماعي الذي تعتزم اصداره وزارة الصحة والسكان دون مراعاة أي اعتبارات ذكرنا بعضها في تناولة الاسبوع المنصرم ومن بعضها أيضاً أن هناك توجهاً لتوظيف ٢٨٠٠موظف جدد في إطار الهيئة العامة للتأمين الصحي الاجتماعي والصندوق التابع لها ومثل هذه الهيئة الجديدة وصندوقها لاضرورة لهما ولامبرر لوجودهما أصلاً وفصلاً أقول هذا من زاويتين الأولى فنية تخصصية والأخرى ذات طبيعة مالية تتصل بالارتفاع الكبير لتكاليف النفقات لإدارية التشغيل وهو ما يعني أن إيرادات الاشتراكات للتأمين الصحي ستلتهما نفقات المرتبات وإيجارات المقرات ونفقات التشغيل الأخرى وما أكثرها وبذلك لن يتبقى إلا الشيء اليسير جداً من الإيرادات والتي ستخصص للنفقات الطبية والعلاجية والتي لاتفي في أحسن الاحوال إلا بما نسبته ١٠٪من تكاليف مطابة وعلاج المؤمن عليهم وهذا ما أكدت عليه عدد من الدراسات من بينها دراسة لفريق خبراء ألمان التي أوضحت بأن نسبة العجز لنفقات التأمين الصحي في العام الأول ستكون بين ٧-٩٪ وسترتفع هذه النسبة خلال السنوات القليلة المقبلة لتبلغ في السنة الخامسة ما نسبته ١٠٠٪ بينما دراسة أخرى في ضوء القانون ومشروع اللائحة التنفيذية التي يوضع لها الآن اللمسات النهائية من قبل أفراد لاعلاقة لهم بالعمل الفني التأميني إطلاقاً تفيد هذه الدراسة بأن المشروع سيفشل في العام الثاني ويوعز عدد من الأكاديميين والفنيين والاختصاصين أهم أسباب الفشل إلى ارتفاع النفقات «الإدارية» ونحوه لأعداد كبيرة من الموظفين وفي هذه الجزئية يرون مقترحاً عملياً يتمثل بالمسارعة بإعادة القانون إلى مجلس النوب لإجراء مداولة تقضي إلى مشاركة واسعة والخروج بتعديلات شاملة تستوعب كافة إراء المعنيين بالتأمين الصحي ومن بين أهم هذه التعديلات جعل تبعية التأمين الصحي الاجتماعي للهيئة العامة للتأمينات والمعاشات بالنسبة لموظفي الدولة والقطاعين العام والمختلط وللمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بالنسبة لعمال وموظفي القطاع الخاص ولابأس من إسناد التأمين الصحي لإخواننا في القوات المسلحة والأمن إلى الصناديق العسكرية دون الحاجة إلى إشراف وزارة الصحة والسكان أو الحاجة إلى انشاء هيئة تأمين صحي وصندوق وهذا من شأنه توفير أموال كبيرة من معاشات لعدد ٢٨٠٠موظف ونفقات إيجارات وتشغيل وسفريات ونثريات وسيارات للمسؤولين في هذه الهيئة والصندوق الجديدين فضلاً عن تكاليف تجهيزات وأثاث ونفقات تأسسي وغيره من النفقات التي لا تحصى - ومن المهم هنا الإشارة إلى أن الموظفين في الصناديق التأمينية القائمة جاهزوين فنياً بالمستوى المناسب للقيام بمهام تأمينية على هذا النحو، بينما الموظفون الجدد من تريده وزارة الصحة «الهيئة - الصندوق» توظيفهم بحاجة شديدة إلى تدريب وتأهيل في الداخل والخارج وجاهزية مختلفة لجهلهم قادرين على القيام بهذا العمل النوعي التخصصي وهي مسألة تتطلب وقتاً من الزمن بالإضافة إلى تكاليف مالية أيضاً.

وفي نفس الاتجاه هذا الوضع الذي تريده وزارة الصحة يسبب إربكات عديدة لدى جهات العمل «الحكومي» ومنشآت القطاع الخاص المستهدفة بالنظام من حيث وجود جهة جديدة تضاف إلى الجهات القائمة «تأمينات - ضرائب تفتيش عمل - صحة وسلامة مهنية - بيئة وصحة - جهات إصدار التراخيص - زكاة» وغيرها من الجهات وما أكثرها وجميعها تطلب إعداد نماذج وتجهيز بيانات وكذلك متابعات وإجراءات تسديد الاشتراكات التي معظمها شهرية منتظمة وهو ما يعني أنزعاج أصحاب الاعمال والمستثمرين من هذه التعديدية التي جميعها تطالب «الدفع» وبعضها التفتيش والاجراءات المطولة تؤدي إلى ضياع الوقت والجهد في ظل إمكانية التقليل من التعددية التي تعد أهم أسباب «التهرب» ودمج بعضها ببعض كحالة مسألة التأمين الصحي محل الحديث. على أن تمثل وزارة الصحة في إطار مجالس إدارات الهيئة والمؤسسة وكذلك تشكيل لجان فنية وطبية مشتركة لخلق الشراكة التكاملية بين الجهات التأمينية والطبية.

عموم القول هناك حقائق كثيرة لاحصر لها توقع فشل المشروع فشلاً ذريعاً إذا ما مضى أخواننا في وزارة الصحة «مسئولون - لجنة فنية - جماعة مصالح» من داخلها وخارجها في طريق الإصرار على تطبيق نظام التأمين الصحي بوضعه السيء القائم.

رفيقي العزيز الأستاذ المناضل/ علي محمد الصراري المستشار السياسي والإعلامي لدولة الأخ رئيس مجلس الوزراء صاحب التاريخ المشرف في وقوفه ضد كل انواع وأشكال الأخطار في البلاد أضحى هو الآخر معيناً معنا نحن الاختصاصين وكل الشرفاء المخلصين بالوقوف بصرامة أمام هذه القضية التي قد تمثل بوضوح حالة عبث وضياع لحقوق وأموال العمال والموظفين والبسطاء عموماً وقبل أن يقع الفأس في الرأس وتصير الكارثة محققة نطالب من خلاله دولة الأخ رئيس حكومة الوفاق باستدعاء الأخ وزير الصحة واللجنة الفنية والأكاديميين والمتخصصين والنقابات والمنظمات الممثلة للمستهدفين بنظام التأمين الصحي الاجتماعي في جلسة حلقة نقاشية مغلقة وأن نفضلها معلنة عبر وسائل الإعلام الرسمية والصحافة الأهلية والحزبية لاستعراض المشروع «القضية» من كافة الجوانب وتكليف فريق مشترك من كل الأطراف بما في ذلك رؤساء اللجان المتخصصة في مجالس النواب - الشورى - الوزراء لدراسة القانون ومشروع اللائحة وكل ما تم إعداده وتقديم «رؤية معالجة حقيقية شاملة» تحقق مصالح كل الاطراف المعنية والمستهدفة بالنظام في ضوء تجارب الاخرين والشراكة الوطنية ذات الطابع المتعدد بعيداً عن ادعاء احتكار الحقيقة.

ناشر العبسي

متطلبات نجاح التأمين الصحي الاجتماعي

التأمين الصحي الاجتماعي هو تأمين إجباري ظهر في أوروبا أواخر القرن التاسع عشر، واتسع خلال ثلاثينيات القرن العشرين في أمريكا اللاتينية، وغالباً ما يغطي الموظفين الحكوميين ومن يتبعون أعمالاً نظامية لسهولة تحصيل المساهمات منهم، كونه يرتكز على المساهمة بجزء من الراتب للحصول على منافع محددة، وغالباً ما يكون جزءاً من نظام اجتماعي أشمل مثل نظام التأمينات الاجتماعية والتقاعد وغيرهما، ومع ذلك ينصح بأن يكون ذا ميزانية وإدارة مستقلة لأن أي نوع آخر من التأمينات يرفق معه غالباً ما يؤثر عليه سلباً بأن يتم صرف المبالغ المجموعة للتأمين المضاف على حساب التأمين الصحي، وبشكل عام فإن معظم أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي لا يمكنها أن تستمر دون دعم إضافي من الحكومات.

وتتم إدارة هذا النوع من التأمين عبر هيئة مستقلة يتكون مجلسها من الحكومة وممثلين عن المجتمع، وتكون الهيئة مسؤولة عن جمع المخصصات وتوزيعها على مقدمي الخدمات الصحية، إضافة إلى تقييم كفاءة مقدمي الخدمة، بينما يرتكز دور وزارة الصحة على وضع السياسات وإدارة البرامج الوطنية وترخيص مقدمي الخدمات الصحية.

وتكون فرصة نجاح هذا النوع من التأمين أكبر إذا توفرت له بيئة مناسبة تتصف بما يلي :

١- تكون فرصة نجاحه أكبر عندما يعتمد على أنظمة ضريبية شمولية، ولهذا نجد أن نجاحه غالباً في الدول ذات الخلفية الاشتراكية.

٢- ويسهل انتشاره في الدول ذات مستوى الدخل العالي كما هو الحال في ألمانيا وكوريا الجنوبية، لذلك نجد أن مستوى الانتشار في تايلاند بلغ ١٣٪ خلال عقد من الزمن بينما بلغت اندونيسيا نفس المعدل بعد ثلاثة عقود لأن مستوى الدخل في تايلاند أضعاف الدخل في اندونيسيا، وبالمثل نجد في الأرجنتين أن معدل انتشاره أكثر من ضعف المعدل في المكسيك مع أنه بدأ تطبيقه في كليهما قبل حوالي ثمانية عقود وذلك لأن مستوى الدخل في الأرجنتين أعلى، كما تجاوز معدل التغطية في كوريا الجنوبية ٩٠٪ مع أنها بدأت تطبيقه عام ١٩٧٧م بينما وفي نفس الفترة تقريباً لم تتجاوز التغطية ١٥٪ في دول أخرى مثل الفلبين وبوروندي وناميبيا والخلاصة أنه توجد علاقة تامة بين مستوى الدخل ومستوى الانتشار .

٣- و تكون فرصة البلدان الصناعية بالنجاح في تطبيقه أكبر من الدول الزراعية لأن معظم العاملين فيها يندرجون ضمن مؤسسات وشركات ومصانع ومعامل (حكومية وخاصة).

٤- وكذلك تكون فرصة نجاحه أكبر في الدول التي يتكثف سكانها في مدن محدودة بحيث يسهل إيصال الخدمات الصحية لهم. (ومن المفارقات أن يمننا الغالي من أعلى الدول على مستوى العالم من حيث التناثر الجغرافي للسكان).

٥- تكون فرصة نجاحه أكبر في الدول ذات الشعوب الأكثر تعليماً وتأهيلاً لأنهم يتعاملون مع التأمين بمستوى أرقى، كما تحتوي دول كهذه كوادر وطنية في كافة الاختصاصات الطبية والإدارية والتأمينية بما فيها الاكتوارية، وبالتالي فهذه الدول لاتحتاج لاستقدام كوادر خارجية تثقل كاهل مخصصات التأمين الصحي نتيجة لمضاعفة النفقات الإدارية.

٦- وتكون فرصة نجاحه أكبر عند وجود خدمات صحية جيدة ومتكاملة ومنتشرة في الريف والحضر.

٧- ولكن لا يوجد أي فرصة لنجاح هذا النوع من التأمين إلا في دول تحوي أنظمة إدارية ومالية محكمة وشفافة وذلك لأن غياب هذه الأنظمة يجعل من المتعذر تحصيل المساهمات من القطاع الخاص، كما يؤدي الاحتكار لتفشي الفساد بما في ذلك إنفاق المساهمات في غير ما جمعت لأجله مما يؤدي لانهيار نظام التأمين الصحي.

وفي المقابل نجد أن الوضع يختلف تماماً عند محاولة تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي في الدول التي يكثر فيها العاملون غير الرسميين من مزارعين وصيادين وحرفيين (الذين يصعب جمع المساهمات منهم)، وتلك التي ينتشر فيها السكان في مناطق متناثرة، ويزداد الأمر صعوبةً إذا كانت الدول تشكو من الضعف الإداري وتدني مستوى الدخل والتعليم وشحة الكوادر الوطنية و تدني جودة الخدمات الصحية ومحدودية انتشارها، ويصعب في بلدان كهذه انتشار التأمين الصحي الاجتماعي بصورة مقبولة، لذلك نجد أن عدداً من الدول كانت تعتقد أن التأمين الصحي الاجتماعي سوف يحل مشاكلها لكن نتائجه خيبت الآمال، كما حدث في بعض بلدان أمريكا اللاتينية التي بدأت هذا النوع من التأمين منذ ثلاثينيات القرن الماضي (حوالي ٨٠ عاماً) ولازالت التغطية التأمينية منخفضة كما في بوليفيا والبار جواي والسلفادور (نسبة التغطية بين ١١-١٨٪)، لأن مستوى دخل الفرد أقل من ٢٠٠٠ دولار سنوياً.

وعلى ضوء ما تقدم ، نجد أنه لا يوجد أي فرصة لنجاح التأمين الصحي الاجتماعي في يمننا الغالي إذا صممت الحكومة على تطبيقه بالصورة التي ترغب بها وزارة الصحة، وهذه شهادة نتحمل مسؤوليتها أمام الأجيال القادمة، ومن كان لديهم رأي آخر فندعوهم لحوارات معلنة حتى نتعلم منهم، ومع ذلك وحتى لا يصاب المستبشرون بهذا القانون خيراً بالإحباط فنطمئنهم أن هناك إمكانية للبدء بالتأمين الصحي الوطني وتفعيل قانون التأمين الصحي الاجتماعي حتى مع جميع ما أوردناه من تحديات واشتراطات، ويمكن أن نناقش ذلك إذا طلب منا ذلك في مقالات قادمة بإذن الله تعالى.

د. عادل العماد

● استاذ مساعد - كلية الطب جامعة صنعاء
استشاري الإدارة الصحية والاقتصاد الصحي

أسباب عدم الاشتراك بالتأمين الصحي

محمد شمسان الأصبحي

● من أهم أسباب عدم الرغبة في الاشتراك بالتأمين الصحي الإلزامي لموظفي القطاع الخاص هي:

- وضع المستشفيات والمراكز الصحية وخدماتها لا تشجع في الاشتراك معروف أن التأمين الصحي اختياري حتى يكون تنافسياً لتقديم الخدمة الأفضل للموظفين.

- ولو كانت فكرة التأمين الصحي هدفها رعاية صحية للموظفين وليست مجرد جمع إيرادات لكانت بدأت بخطواتها الصحيحة المتمثلة بالآتي:

١- ايجاد قانون لتقييم الأطباء والمستشفيات والمراكز الصحية يحوي طرق الوقاية وتعقيم الآلات وقياس كفاءتها وكفاءة طاقم التمريض والمساعدين والفنيين.

٢- تجهيز مستشفيات مجهزة بكامل التجهيزات.

٣- نسبة الاشتراكات عالية ١١٪ على الموظفين إلى جانب الضرائب والتأمين الاجتماعي.

٤- العمل على إيجاد بيئة صحية آمنة خالية من الأوبئة مثل «القمامة، المجاري، المياه النقية الصالحة للاستخدام» الخسائر غير المنظورة.

٥- عدم وجود رقابة حقيقية على جميع مسببات المرض والأوبئة باعتبار «الوقاية خير من العلاج».

٦- البدء في التطبيق على مراحل لتقييم الوضع والاستفادة من الأخطاء وتلافيها والاستفادة من التجربة المصرية.

٧- فنحن العاملين بالقطاع الخاص نحظى برعاية صحية مجانية ومساعدات فلماذا نجبر على التأمين.

●مسؤول العلاقات العامة بالمجلس التنسيقي لنقابات القطاع الخاص

توعية ونصائح تأمينية

آن الأوان لتطبيق نظام التأمين الصحي، وإن كان في ظل خدمات صحية متواضعة أو رديئة(٢)

تطرقت في الأسبوع الماضي إلى أهمية الإسراع في تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي وأن الحاجة له أصبحت ملحة للغاية خصوصاً وأن الشخص بمفرده أصبح غير قادر على مواجهة تكاليف مرضه ومرض أحد أفراد أسرته وأشرنا إلى تخوف البعض من تطبيق التأمين الصحي في ظل الخدمات الصحية الرديئة.

وواضح بأن ذلك التخوف ليس في محله وفي كل الأحوال أن المواطن الآن يلهث وراء تلك الخدمة الطبية الرديئة ويدفع ما لا يطيقه في سبيل الحصول على تلك الخدمة الطبية المتواضعة حسب تعبيري أو الرديئة أو السيئة حسب تعبير الآخرين.

ولكن هناك من يطرح بأنه يجب تأجيل تطبيق قانون التأمين الصحي حتى يتم إصلاح القطاع الصحي في اليمن وتحسين الرعاية الطبية والعلاجية.

ومن هذا المنطلق أسأل الإخوة الأعزاء الذين ينادون بالتأجيل وأقول لهم إلى متى يتم التأجيل ولماذا تربطون أحكام التأمين الصحي بمستوى الخدمات الصحية، وإذا لم يتم إصلاح القطاع الصحي ورفع مستوى الخدمات الصحية الرديئة هل يعني ذلك إيقاف قانون التأمين الصحي الاجتماعي بينما المرض لا يمكن تأجيله وكلفته واضحة لايمكن التخلي عنها وبالتالي أن الموظفين والعمال والمتقاعدين هم من ذوي محدودي الدخل ولا يطيقون تحمل كلفة المعالجة ولا يطيقون تأجيل تطبيق التأمين الصحي فالمشروع مطروح من عام ١٩٩١م أي من بعد الوحدة المباركة الا يكفي كل ذلك التأخير ٢٢ عاماً، إلى متى تريدون التأجيل وهو حق أساسي من حقوق المواطن قبل حقه في التقاعد.

وتخيلوا أن بلداً مثل لبنان لايوجد لديه قانون تقاعد حتى الآن، ولكن يوجد لديه نظام تأمين صحي نظراً لأهميته وحتى على مستوى مؤتمرات أو دورات تدريبية هناك بعض دول تشترط التأمين الصحي للمشارك، وهناك من يطالب بالتأجيل لاحظوا الفرق بيننا وبينهم مدة أسبوع يشترطون عليها تأميناً صحياً ونحن نعيش طول أعمارنا بدون تأمين صحي ومحرومون من هذا الحق ومع ذلك نجد من يطالب بالتأجيل أليس ذلك بعجيب!

وسوف نتناول باقي التفاصيل في الأسبوع القادم إن شاء الله.

●وكيل الهيئة العامة للتأمينات والمعاشات

عارف فيصل العواضي#